

«КАЛИФОРНИЙСКАЯ ИДЕОЛОГИЯ» И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ФЕНОМЕН ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ

Трахтенберг Анна Давидовна

канд. полит. наук старший научный сотрудник,

Институт философии и права Уральского отделения РАН, г.

Екатеринбург

E-mail: cskiit@yandex.ru

“KALIFORNYSKAYA”S IDEOLOGY” AND MEDICAL CARE: FENOMENON OF TV MECINE

Trachnenberf Anna Davidovna,

candidate of science, senior researcher,

Institute of Philosophy and Law Ural department RAS, Ekaterinburg

АННОТАЦИЯ

Адаптация информационных технологий в здравоохранении осуществляется на основе принципов «нового государственного менеджмента» и «калифорнийской идеологии». В соответствии с первым подходом врачи должны оказывать потребителям услуги в конкурентной среде, а в соответствии со вторым информатизация здравоохранения должна привести к росту качества услуг и значительной экономии средств. Идеологический синтез порождает культ телемедицины как эффективного инструмента модернизации здравоохранения. На практике внедрение телемедицины зачастую повышает, а не понижает затраты и порождает сильное организационное сопротивление.

ABSTRACT

IT adoption in health care is based on the principles of «new public management» and «Californian ideology». According to the first approach, physicians must provide services to consumers in a competitive environment. In accordance with the second computerization should lead to the best quality of service and significant cost savings. Ideological synthesis creates a cult of telemedicine as an effective tool for modernizing healthcare. In practice, the introduction of telemedicine often increases rather than reduces costs and generates strong organizational resistance.

Ключевые слова: социальная адаптация технологий, информатизация здравоохранения, новый государственный менеджмент, «калифорнийская идеология», телемедицина

Keywords: social adaptation, informatization of medical care, new state management, kaliforniskaya ideology, TV mecine

С момента, когда в медицинских учреждениях в конце шестидесятых годов XX века появились первые компьютеры, внедрение информационных технологий сопровождается рассуждениями о том, что с помощью информационных технологий будет осуществлен переворот в здравоохранении: врачи получат доступ к полной информации о пациенте, всех возможных формах и методах лечения, избавятся от необходимости вести громоздкие записи, смогут в оперативном режиме контролировать процесс лечения и т.п. Это должно привести к резкому повышению качества лечения и одновременно снижению медицинских издержек.

В качестве примера сошлемся на десятилетней давности статью аналитиков корпорации RAND, в которой уверенно заявлялось, что хотя в настоящее время система здравоохранения США является самой большой и самой неэффективной в мире, благодаря внедрению информационных технологий удастся сэкономить до 77 миллиардов долларов в год, в том числе за счет исключения диагностических ошибок и неверных назначений лекарственных средств, раннего выявления тяжелых заболеваний, повышения качества лечения хронических заболеваний (за счет их таргетирования в зависимости от степени риска, удаленного мониторинга состояния, координации работы специалистов различного профиля и т.п.) [7]. Как и следовало ожидать, эти предсказания не сбылись, что, впрочем, было ясно и десять лет назад. Не случайно в том же номере «Health Affairs», в котором была опубликована статья аналитиков RAND, Д. Химмельстейн и С. Уолхэндлер, подвергнув ее резкой критике, заявили, что те, кто ищет безболезненных решений самых болезненных проблем здравоохранения в сфере информационных технологий, подобны тем, кто в поисках золота опирается не на металлургию, а не веру в волшебника Мерлина [8].

Сами по себе ожидания, связанные с внедрением информационных технологий в здравоохранение, представляют собой частный случай того, что Е. Морозов назвал «солюционизмом» [10], то есть стремлением искать решение любых проблем в сфере ИКТ. Методологически перед нами проявление наивного технологического детерминизма. Предполагается, что информационным технологиям имманентно присущ ряд позитивных социальных атрибутов (равенство пользователей, свободный обмен информацией, оперативная обратная связь и т.п.), и социальные структуры, которые их используют, как бы «заражаются» этими позитивными свойствами.

Фактически речь идет об идеологии, сопровождающей развитие информационных технологий, и, как всякая идеология, имеющей натурализированный характер, т.е. воспринимающей как само собой разумеющееся. Р. Барбрук еще в 1996 году предложил называть веру в то, что информационные технологии способны самим фактом своего внедрения обеспечить кардинальную перестройку всей системы отношений в любой социальной сфере и любом социальном институте, «калифорнийской идеологией» (по месту происхождения – «Силиконовой долине» в Калифорнии) [3].

С позиций «калифорнийской идеологии» сопротивление внедрению и использованию информационных технологий воспринимается как результат консерватизма, за которым скрывается нежелание учиться новому и непонимание собственной выгоды. К здравоохранению это относится в полной мере: практически любая статья, посвященная вопросам информатизации здравоохранения, уже много лет начинается с рассуждений о том, что «учитывая очевидные преимущества медицинских систем и вложения в их внедрение, вызывает удивление, что распространение этих систем в больницах является сравнительно медленным» [11].

Столь же распространенным является утверждение, что, хотя медицинские информационные системы «призваны уменьшить число врачебных ошибок, повысить качество медицинских услуг и способствовать росту производительности труда, на практике профессионалы, которые должны больше всех выиграть от внедрения этих систем, сильно сопротивляются этому внедрению» [4].

Организационное сопротивление, таким образом, рассматривается как неприятная, но временная помеха на пути технического прогресса, порожденная исключительно субъективными факторами.

При этом польза технического прогресса не подвергается ни малейшему сомнению, хотя реальная эффективность внедрения информационных систем далеко не самоочевидна. Даже данные о том, насколько внедрение медицинских информационных систем снижает (или, наоборот, увеличивает) объем времени, который врачи и медицинские сестры тратят на заполнение медицинских карт, выписку рецептов и оформление сопутствующих документов, носят противоречивый характер [см., напр., 2]. Вопрос о том, насколько внедрение ИКТ способствует улучшению здоровья пациентов, вообще находится за пределами проблемного поля. В лучшем случае удастся зафиксировать, что оно обеспечивает более жесткое следование стандартным нормам лечения, снижает количество ошибок и способствуют более полному контролю за деятельностью врачей и медицинских сестер [5].

Особенно ярким примером технократического подхода в здравоохранении может служить телемедицина. В соответствии с определением Всемирной организации здравоохранения телемедицина — это предоставление услуг здравоохранения в условиях, когда расстояние является критическим фактором, работниками здравоохранения, использующими информационно-коммуникационные технологии для обмена необходимой информацией в целях диагностики, лечения и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок, а также для непрерывного образования медицинских работников в интересах улучшения здоровья [1, с. 9].

Преимущества телемедицины позиционируются как самоочевидные. Утверждается, что она позволяет повысить доступность и качество лечения, при этом снизив затраты на это лечение. Преодолевая территориальные и временные барьеры между медицинскими работниками и пациентами, телемедицина призвана решить проблему нехватки персонала. Подразумевается, что телемедицина обеспечивает важные социально-экономические выгоды для пациентов, их семей, медицинских работников, в том числе благодаря расширению возможностей для

образования и коммуникации между пациентом и поставщиком медицинских услуг [9].

Обращает на себя внимание, как тесно разработанная в рамках «калифорнийской идеологии» концепция телемедицины связана с концепцией медицинских услуг, и более широко – с неолиберальными представлениями о функциях системы здравоохранения. Речь идет о т.н. «новом государственном менеджменте», основанном на вере в то, что любые организации должны функционировать по принципу частных компаний, оказывая населению, в свою очередь превращающемуся из граждан в потребителей, те или иные услуги, причем оказывать их в рыночных условиях борьбы за клиента. Иными словами, речь идет о переносе технологий, выработанных в рамках корпоративного управления, на социальную сферу, в том числе на сферу здравоохранения.

В рамках «нового государственного менеджмента» на первый план выходит задача оптимизации бизнес-процессов, связанных с предоставлением любых услуг, в том числе услуг организаций здравоохранения. В результате синтеза «нового государственного менеджмента» с калифорнийской идеологией делается вывод, что телемедицина является весьма эффективным инструментом оптимизации, обеспечивающим, с одной стороны, доступ клиентов к высококвалифицированным консультантам, а с другой – позволяющим существенно сэкономить на транспортных расходах, строительстве, заработной плате «на местах».

На практике оптимизация здравоохранения в соответствии с неолиберальной моделью неизменно сопровождается снижением автономии врачей при принятии решений, падением их авторитета и ужесточением контроля за их деятельности со стороны органов управления здравоохранением (см., напр., [6]). Вместо улучшения качества «медицинских услуг» получается улучшение качества учета данных услуг (что мы видим на примере медицинских информационных систем).

Что касается телемедицины, то, несмотря на ее самоочевидные для идеологов – «евангелистов» преимущества, ее внедрение идет гораздо медленнее, чем ожидалось. Главная вина за это, как и следовало ожидать, возлагается на медицинских работников, которые «проявляют сопротивление применению моделей, отличающихся от традиционных подходов» и «не обладают достаточной грамотностью в области использования ИКТ» [1, с. 11].

Как и в случае с медицинскими информационными системами, вопрос о том, как влияет внедрение телемедицины на систему отношений «врач – пациент» игнорируется. Ключевой для этой системы вопрос доверия редуцируется к вопросу сохранения конфиденциальности, а тот, в свою очередь, к чисто техническому вопросу защиты персональных данных.

Что касается экономии затрат, то опять сошлемся на отчет ВОЗ, в котором честно признается, что «значительную проблему представляет собой нехватка исследований, посвященных экономической выгоде и эффективности применения телемедицины» [1, с. 12]. «Евангелисты» обычно ссылаются на несколько успешных примеров, в то время как неудачи и провалы не обсуждаются. Вопрос о том, сколько могло стоить создание необходимой для телемедицинских консультаций инфраструктуры, вообще не ставится, словно сеть телемедицинских центров появляется в отдаленных районах сама по себе.

Там, где идеологи телемедицины рисуют идеальную картину всеобщей доступности высококачественной медицинской помощи, практики, занимающиеся внедрением (после принятия соответствующего политического решения на высшем уровне), видят множество проблем. Эти проблемы кажутся им столь же очевидными, как идеологам – несуществующими.

Сошлемся на качественное социологическое исследование, проведенное нами в г. Екатеринбурге с участием сотрудников медицинских учреждений и разработчиков медицинских информационных систем – сотрудников Медицинского информационно-аналитического центра Свердловской области (далее – МИАЦ СО). Работа была выполнена при поддержке гранта РГНФ-Урал № 14-13-66016а «Переход к электронному правительству как процесс социальной адаптации технологии».

Сотрудники медицинских учреждений, проявляя «сопротивление применению моделей, отличающихся от традиционных подходов», демонстрировали в отношении телемедицины сдержанный скептицизм.

Они знали о том, что информационные технологии могут использоваться для обмена медицинской информацией между специалистами с целью диагностики и лечения конкретных пациентов. Для описания дистанционной формы взаимодействия врачей и пациента они использовали привычный им термин

«консилиум». Они признавали потенциальную пользу от такого рода «консилиумов», используя при этом доводы, которые постоянно выдвигают сторонники телемедицины: это нужно, чтобы восполнить нехватку квалифицированных специалистов в отдаленных и труднодоступных местах. При этом особого оптимизма по поводу внедрения телемедицины участники не испытывали, отмечая, что в отдаленных местах понадобятся значительные затраты на создание необходимой инфраструктуры:

«И в городах, таких, как Шали-Гари-Таборы [отдаленные поселения, символ глубокого захолустья в Свердловской области.], там Интернета, может быть, как вариант, нет. Есть – слава Богу, но проводить – это место нужно делать, оборудовать это всё. А где деньги брать?» (женщина, 40 лет, врач-невролог, стационар).

В целом тема телемедицины не вызывала у сотрудников медицинских учреждений интереса и воспринималась как слишком узкая и специальная, не имеющая отношения к их повседневной работе.

Что касается сотрудников МИАЦ, то для них внедрение телемедицины выполняло важнейшую идеологическую функцию. Оно служило символом успехов, достигнутых Свердловской областью в ходе информатизации здравоохранения:

«Я считаю, телемедицина в Свердловской области – это, если не номер один по стране, если учитывать рейтинг... То, сколько было сделано для этого, и то, сколько опытом мы с другими регионами делились, мне кажется, она, телемедицина в Свердловской области, вся страна на нас [ориентируется], я так считаю... Такого количества телемедицинских пунктов, центров, такого качественного оборудования, как в Свердловской области, мне кажется, ну, Москва, Санкт-Петербург позади» (мужчина, 35 лет, образование высшее техническое, руководитель среднего звена).

Разработчики выдвигали стандартные аргументы в пользу преимуществ телемедицины:

«У нас очень большая наша Свердловская область и не всегда пациент сможет сам доехать. Не везде одинаковая квалификация врачей, не везде одинаковые центры созданы. Сосудистые, перинатальные, и еще. И иногда,

телемедицина, знаете, для чего используется? Что на расстоянии можно проконсультировать пациента, то есть увидеть его и увидеть проблему пациента» (женщина, 54 года, образование техническое, специалист-программист, ранее работала в коммерческой фирме).

При непосредственном обсуждении телемедицины участники избегали вопросов стоимости инфраструктуры, обеспечивающей проведение телемедицинских консультаций. Однако, когда речь зашла о развитии инфраструктуры здравоохранения в целом, участники интервью сразу же подняли эти вопросы. Вопрос о целесообразности затрат на внедрение информационных технологий в отдаленных населенных пунктах, по сути, подрывал один из главных аргументов в пользу телемедицины – что она позволяет повысить эффективность и снизить затраты на оказание медицинских услуг:

«Сейчас остались самые труднодоступные места... То есть, соответственно, финансовые средства должны выделяться, а отдачи будет меньше... Потому что, если вы образуете рабочее место в городе Екатеринбурге, где и так уже всё есть, нужно просто купить компьютер и настроить канал, какие-то программные средства сделать, да, это одна цена. Ну, допустим, грубо говоря, пятьдесят тысяч всё это стоит. А если где-нибудь там в удалённом населённом пункте, то туда стоит несколько миллионов просто оптику затянуть» (мужчина, 35 лет, образование высшее техническое, руководитель среднего звена).

«И еще информатизация, не забываем, что она вся зависит от Интернета, а поскольку тоже складывалась с прокладкой этого ШПД, у нас Свердловская область довольно таки большая, и как оказалось, не везде можно дотянуть этот несчастный ШПД, в смысле Интернет, а где-то просто затраты не сопоставимы с результатом... Экономически невыгодно тянуть Интернет для других целей. И для той же медицины, чтобы заработала определенная программа, нужен Интернет. И вопрос за большие деньги туда его везти, или Бог с ним, обойдутся они без Интернета, без программы, а там врач полечит, и где-то там запишет это» (женщина, 54 года, образование техническое, специалист-программист, ранее работала в коммерческой фирме).

Впрочем, вопрос о том, насколько целесообразно подключать к единой информационной системе и телемедицинской системе отдаленные населенные пункты участники предпочли возложить на «государство»:

«Целесообразно это, нецелесообразно, но, думаю, не мне решать, да. То есть, просто провести Интернет в отдалённый регион – это уже в сотни тысяч. Ради одного рабочего места, может быть, двух, трех, ну десяти, стоит ли его строить. Мне кажется, это государство должно решить» (мужчина, 35 лет, образование высшее техническое, руководитель среднего звена).

Таким образом, при обсуждении телемедицины наблюдалось явное расхождение идеологии и практики. Рассуждая о преимуществах телемедицины, участники обходили вопрос о стоимости подключения к этой системе отдаленных населенных пунктов для которых, в первую очередь, телемедицина и предназначена. Финансовые проблемы они обсуждали в другом месте и в другом контексте, все связи с телемедициной, как проблемы чисто инфраструктурные. Это позволяло им рассматривать телемедицину как символ прогресса в сфере здравоохранения и гордиться достижениями Свердловской области в данной сфере.

В целом идеологизация, окружающая внедрение информационных технологий в здравоохранения, приводит к появлению завышенных ожиданий и сильному организационному сопротивлению тех, кто должен на практике использовать технологии, сформированные с учетом данных ожиданий.

Список литературы:

1. Всемирная организация здравоохранения. Телемедицина: возможности и развитие в государствах-членах. Доклад о результатах второго глобального обследования в области электронного здравоохранения. 2009. 96 с. [Электронный документ]. Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44497/4/9789244564141_rus.pdf?ua=1. Проверено 20.02.14.
2. Затраты рабочего времени врачей амбулаторного звена по данным фотохронометражных исследований // В.И. Стародубов, И.М. Сон, М.А. Иванова, В.В. Люцко, О.В. Армашевская, Т.А. Соколовская, М.Н. Бантьева // Менеджмент здравоохранения. №8. 2014. С. 18-22.

3. Barbrook R., Cameron A. The Californian Ideology // Science as Culture. 1996. V.6. № 26. P. 1. Pp. 44 – 72.
4. Bhattacharjee A., Nikmet N. Physicians` Resistance toward Healthcare Information Technologies: A Dual-Factor Model // Proceedings of the 40th Hawaii International Conference on System Sciences. 2007. P. 725-737.
5. Chaudhry B., Wang J., Wu S., Maglione M., Mojica W., Roth E., Morton S.C., Shekelle //Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care // Improving Patient Care. 2006. 144(10). P. 742-752.
6. Elston M.E., Gabe J. Medical Autonomy, Dominance and Decline // Key Concepts in Medical Sociology. 2nd ed. Croydon, Sage Publications Ltd. 2013.
7. Hillestad R., [Bigelow](#) J., Bower A., Meili R., Scoville R., Taylor R. Can Electronic Medical Record Systems Transform Health Care? Potential Health Benefits, Savings, And Costs // Health Affairs. 2005. V. 24. № 5. P. 1103-1117.
8. Himmelstein D.U., Woolhandler S. Hope and Hype: Predicting the Impact of Electronic Medical Records // Health Affairs. 2005. V. 24. № 5. P. 1121 – 1123.
9. Jennett P.A. et al. The Socio-Economic Impact of Telehealth: a Systematic Review // Journal of Telemedicine and Telecare, 2003, 9(6):311–320.
10. Morozov E. To Save Everything, Click Here: Technology, Solutionism, and the Urge to Fix Problems that Don't Exist // E. Morozov // N.Y., Penguin. 2013. 408 p.
11. Weeger A. Examining social and cognitive aspects determining physician`s adoption of electronic medical records // A. Weeger, G. Heiko // Proceedings of the 21st European Conference on Information Systems. 2013. P. 1530-1605.